

# 地域医療構想と地域医療連携

— 今後の地域における医療連携の重要性 —

2021年11月19日

名古屋市南部地域医療連携推進協議会

JCHO中京病院

医療総研株式会社

伊藤 哲雄

# 令和2年平成30年 診療報酬改定

# 令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### 1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

### 3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

### 2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

#### 【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

### 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

# 令和2年度診療報酬改定について

## 診療報酬改定

### 1. 診療報酬 +0.55%

- ※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%
  - 各科改定率 医科 +0.53%
  - 歯科 +0.59%
  - 調剤 +0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

### 2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.99%
  - ※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%
    - 市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%
- ② 材料価格 ▲0.02%
  - ※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

## 勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

## 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

### (新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的に対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



#### [算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

##### [救急医療に係る実績]

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

##### [病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制]

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- **「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」**(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)のうち、を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



# 平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

## 改定に当たっての基本認識

### ➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

### ➤ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

### ➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

## 改定の基本的視点

### 1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

### 2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

### 3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

### 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

# 医療提供体制の変遷

-医療機能分化・地域包括ケアシステムetc.-



# 医療提供体制の改革のビジョン

—「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ—

## 【趣旨】

- 国民的な合意を得て改革を推進するため、21世紀における医療提供体制の改革の将来像のイメージと当面進めるべき施策を展開。
- 国民各層における更に幅広い議論が行われることを期待し、今後も適宜見直す。

## 【基本的考え方】

- 患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者主体の医療を確立する。



# 医療提供体制の改革のビジョン

「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ

## 骨子

### ①患者の視点の尊重

- I 医療に関する情報提供の推進
- II 安全で、安心できる医療の再構築

### ②質が高く効率的な医療の提供

- III 質の高い効率的な医療の再構築
- IV 医療を担う人材の確保と資質の向上

### ③医療の基盤整備

- V 生命の世紀の医療を支える基盤の整備



# なぜ地域医療連携なのか

## 質が高く効率的な医療の提供

### 質が高く

個々の医療機関が機能を明確化、絞り込み  
→その機能に注力することにより質が高まる

### 効率的

地域内において役割分担をすることにより医療資源の  
重複配置など非効率な面が解消される



地域医療連携の推進

医療連携体制

# 5疾病・5事業及び在宅

医療計画

4疾病→5疾病

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病
- **精神疾患**

5事業→5事業

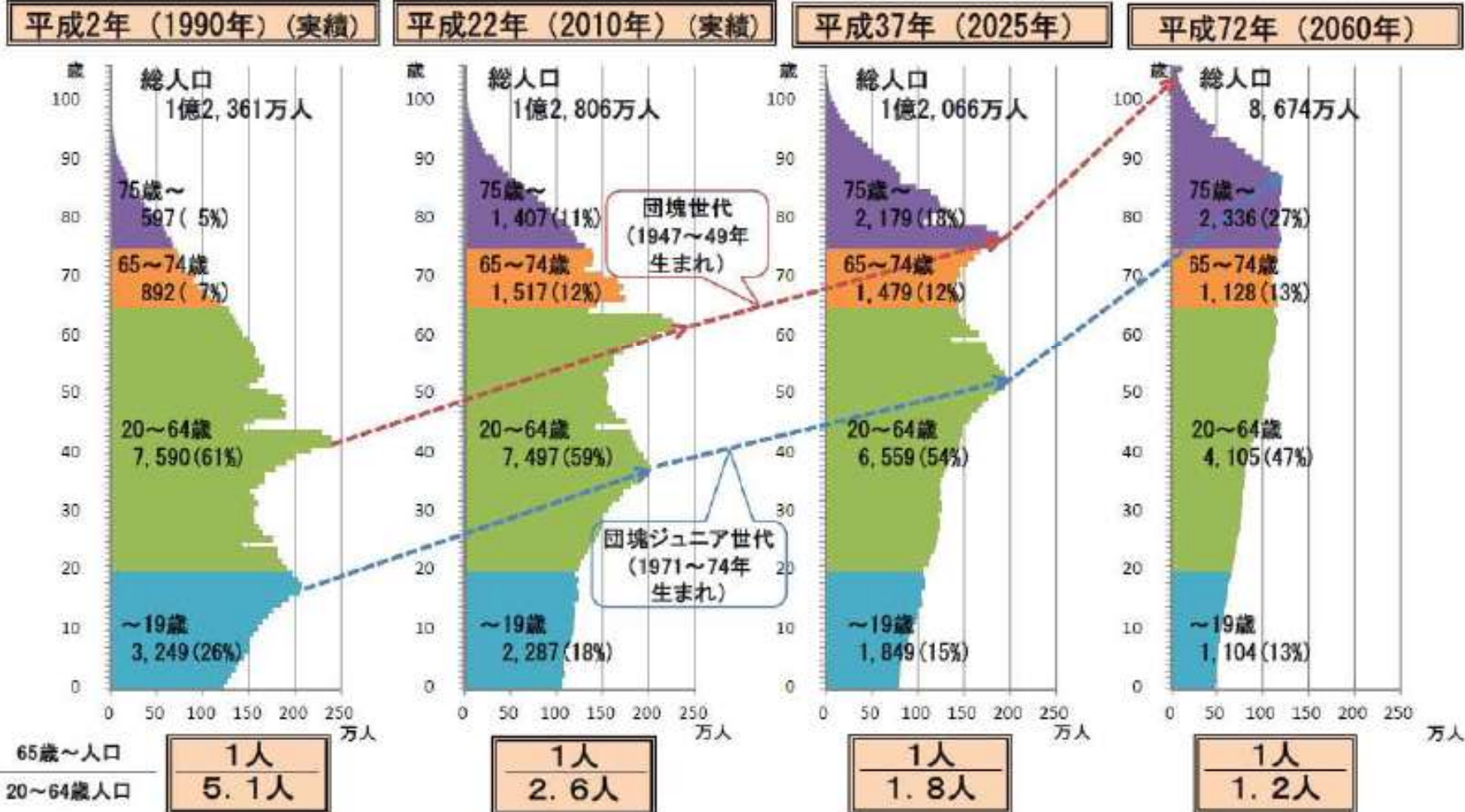
- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療

在宅



# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

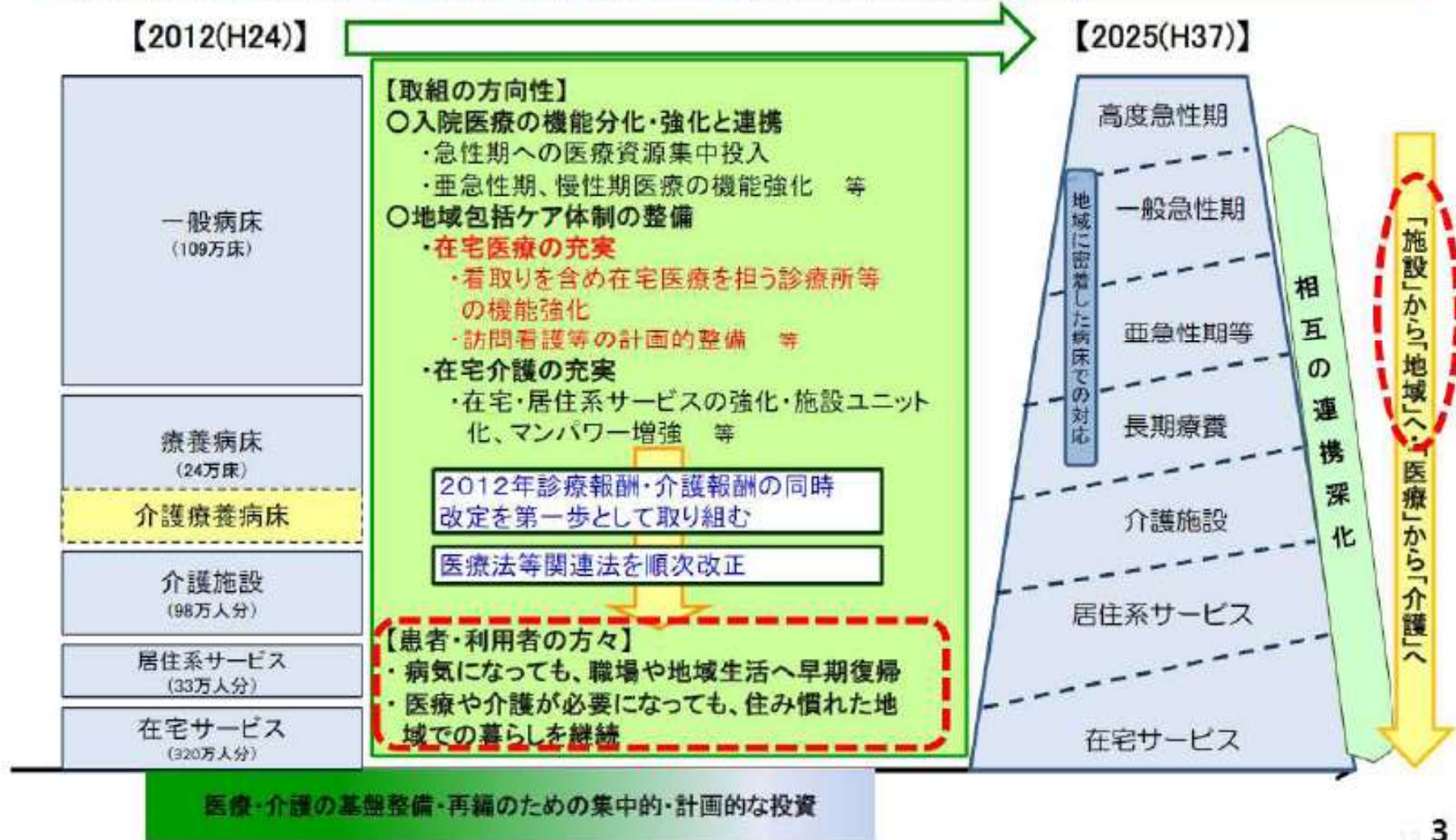
○日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

## 医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

診療組入 - 1  
3 . 6 . 3 0

病床数 310,621床  
病床利用率 87.3%  
平均在院日数 135.9日

位置付けの  
医療法の

## 一般病床

(R元.6末医療施設動態-病院報告)

病床数 888,920床  
病床利用率 76.5%  
平均在院日数 16.0日

## 療養病床

(R元.6末医療施設動態-病院報告)

### DPC/PDPS

1,727施設 483,747床<sup>※2</sup>  
(▲6,202床)  
※2 H31.4.1現在

### 特定機能病院 入院基本料

86施設  
58,570床<sup>※1</sup>  
(+190床)  
※1 一般病棟に限る

### 専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

### 救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

### 特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

### ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床  
管理料2 30施設 316床  
合計 592施設 5,756床 (+344床)

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

### 小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

### 新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

### 総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)  
新生児 1,653床 (+14床)

### 新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

### 一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

### 一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336床)

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
996施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

### 障害者施設等入院基本料

888施設  
70,304床 (+1,883床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床  
入院料2 2施設 79床  
合計 5施設 217床 (▲6床)

### 特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

### 緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床  
入院料2 130施設 2,648床  
合計436施設 8,646床 (+283)

### 介護療養 病床

33,331床  
※R元.6末病院報告

施設基準届出  
令和元年7月1日現在  
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所 (療養) 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料  
入院料1 156施設 9,877床 (+352床)  
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料  
入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)  
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料  
11施設 374床 (▲50床)

児童・思春期精神科入院  
44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料  
825施設 91,209床 (▲763床)

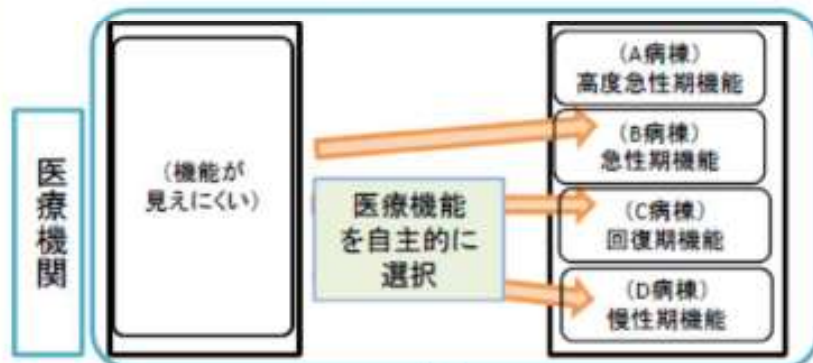
認知症治療病棟入院料  
入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)  
入院料2 7施設 660床 (±0床)

地域移行機能強化病棟入院料  
39施設 1,377床 (▲289床)

結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

## 地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成し、平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

### （「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
  - ・ 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

# 病床機能報告制度

平成26年スタート

医療機能の名称	医療機能の内容
1. 高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
2. 急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
3. 回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
	○特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
4. 慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
	○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者



## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 （一「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。**

### 【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]



### 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

平成27年6月15日

# 全国・各地区の「既存病床数」と「2025年必要病床数」 (厚労省発表データに基づき医療総研にて補正)

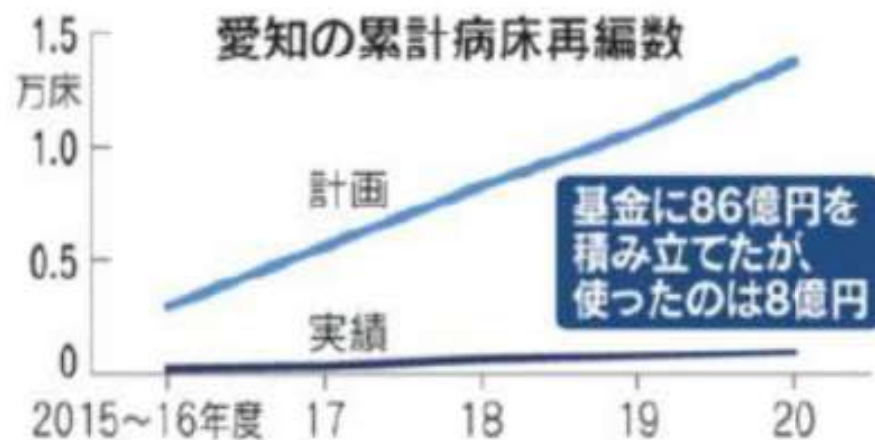
		既存病床数(2013年10月1日現在) ①	2025年必要病床数 ②	差 ②-①	①/差	在宅医療増加分(千人)
全国	合計	1,346.9	1,148.5	-198.4	-14.7%	336.6 (25.0%)
	高度急性期	208.7	130.3	-78.4	-37.0%	
	急性期	634.4	400.6	-233.8		
	回復期	119.7	375.2	255.5	213.6%	
	慢性期	384.2	242.3	-141.9	-36.9%	
愛知県	合計	59.2	56.6	-2.6	-4%	12.8 (21.6%)
	高度急性期	14.7	6.9	-7.8	-31%	
	急性期	25.4	20.6	-4.8		
	回復期	5.5	19.5	14.0	257%	
	慢性期	13.6	9.6	-4.0	-30%	

国の基金を活用し、地域医療の非効率な過剰病床を減らす政策が迷走している。47都道府県が国に提出した病床再編計画を調べると、全自治体が未達だった。基金への投入額の約7割、1千億円が塩漬けになっている。収益に響く再編に対して病院側の抵抗は根強く、補助金で誘導する仕組みは限界にきている。実効性の高いほかの再編促進策を講じる必要がある。

## 愛知は執行率1割

累計1万3700床の再編計画に対し、実現したのは945床——。愛知県は高額の高齢者向け「急性期病床」からリハビリを施す「回復期病床」への転換を柱とする計画を掲げてきたが、2020年度までの実績は遠く及ばない。

計画は16年にまとめた25年時点の必要病床数を逆算しただけだという。病院への意向調査結果の7倍。膨張した数値を基に病院を支援する補助金として国が57億円、県が29億円積み立てた。今も使い道が決まらない77億円が眠る。



## 病床再編、戦略なき迷走 全自治体計画未達で基金 塩漬け

国費解剖 NIKKEI Investigation

[国費解剖](#)

2021年11月8日 2:00

### 基金の累計積立額の執行状況

	順位	都道府県	累計積立額	執行率
積立額 トップ5	1	東京	214.3億円	25.9%
	2	愛知	86.0	10.1
	3	大阪	79.0	22.2
	4	兵庫	76.9	82.0
	5	千葉	61.8	39.9
執行率 ワースト5	1	奈良	9.5	3.3
	2	岐阜	14.7	3.5
	3	福岡	45.1	4.5
	4	長崎	22.8	4.7
	5	秋田	7.5	6.0

# 外来医療の機能分化 かかりつけ医の機能評価

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
- ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



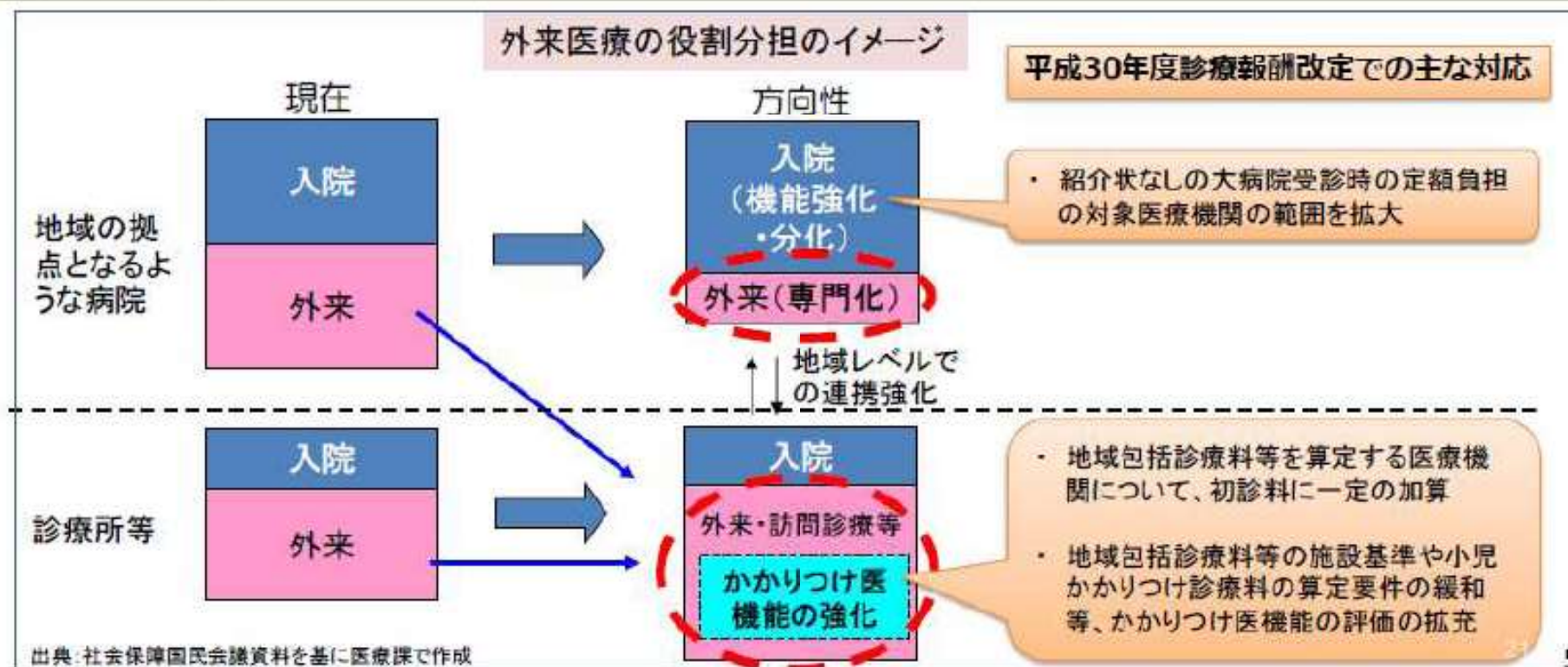
〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

## 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



## かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料  
小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算 80点



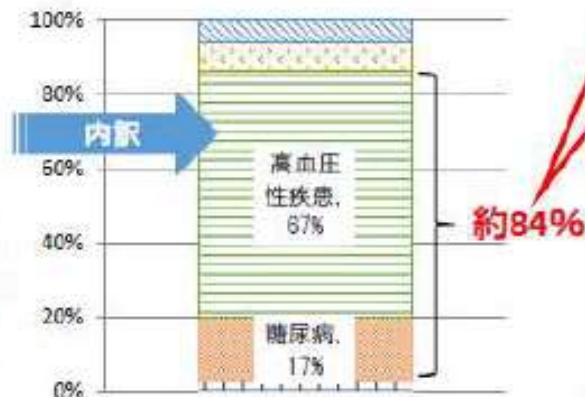
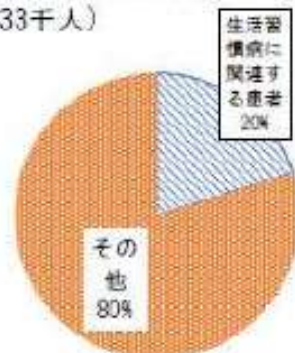
〔算定要件〕

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

〔評価の対象となる患者の範囲(イメージ)〕

再診の患者	初診の患者
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等)                 </div>	機能強化加算の対象患者

〈一般診療所の推計外来患者数〉  
(4,233千人)



## 排尿自立指導料の見直し

### 入院における排尿自立指導の見直し

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

### (新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)

#### 【算定要件】

入院中の患者であって、**尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者**又は**尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの**に対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、**週1回に限り12週**を限度として算定する。

#### 【施設基準】

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、**排尿ケアに関するマニュアルを作成し**、当該医療機関内に配布するとともに、**院内研修を実施**すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



#### <新たに算定可能となる入院料>

- 地域包括ケア病棟入院料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 精神科救急入院料
- 精神療養病棟入院料 等

### 外来における排尿自立指導の評価

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「**外来排尿自立指導料**」に見直す。

#### 現行

排尿自立指導料 200点

#### 【算定要件】

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

#### 改定後

**外来排尿自立指導料** 200点

#### 【算定要件】

**入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、**排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する**。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様



## 入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

【見直し対象】

- |                      |                       |               |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| (1) 在宅患者緊急入院診療加算     | (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | (3) 入退院支援加算1  |
| (4) 精神疾患診療体制加算       | (5) 退院時共同指導料1及び2      | (6) 在宅患者連携指導料 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (8) 施設入所者共同指導料        |               |

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	改定後(共同指導の評価対象職種)
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 <b>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</b> <span style="background-color: #27ae60; color: white; padding: 2px;">在宅診療:1,500点</span> <span style="background-color: #2980b9; color: white; padding: 2px;">その他:900点</span>
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1 医師、看護師等	注1 医師、看護師等、 <b>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</b> <span style="background-color: #27ae60; color: white; padding: 2px;">病院:400点</span>
注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 <span style="background-color: #27ae60; color: white; padding: 2px;">加算:300点</span> ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3 医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員	注3 医師、 <b>看護師等</b> ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 <span style="background-color: #27ae60; color: white; padding: 2px;">加算:2,000点</span> ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 <span style="background-color: #2980b9; color: white; padding: 2px;">相談支援専門員</span>

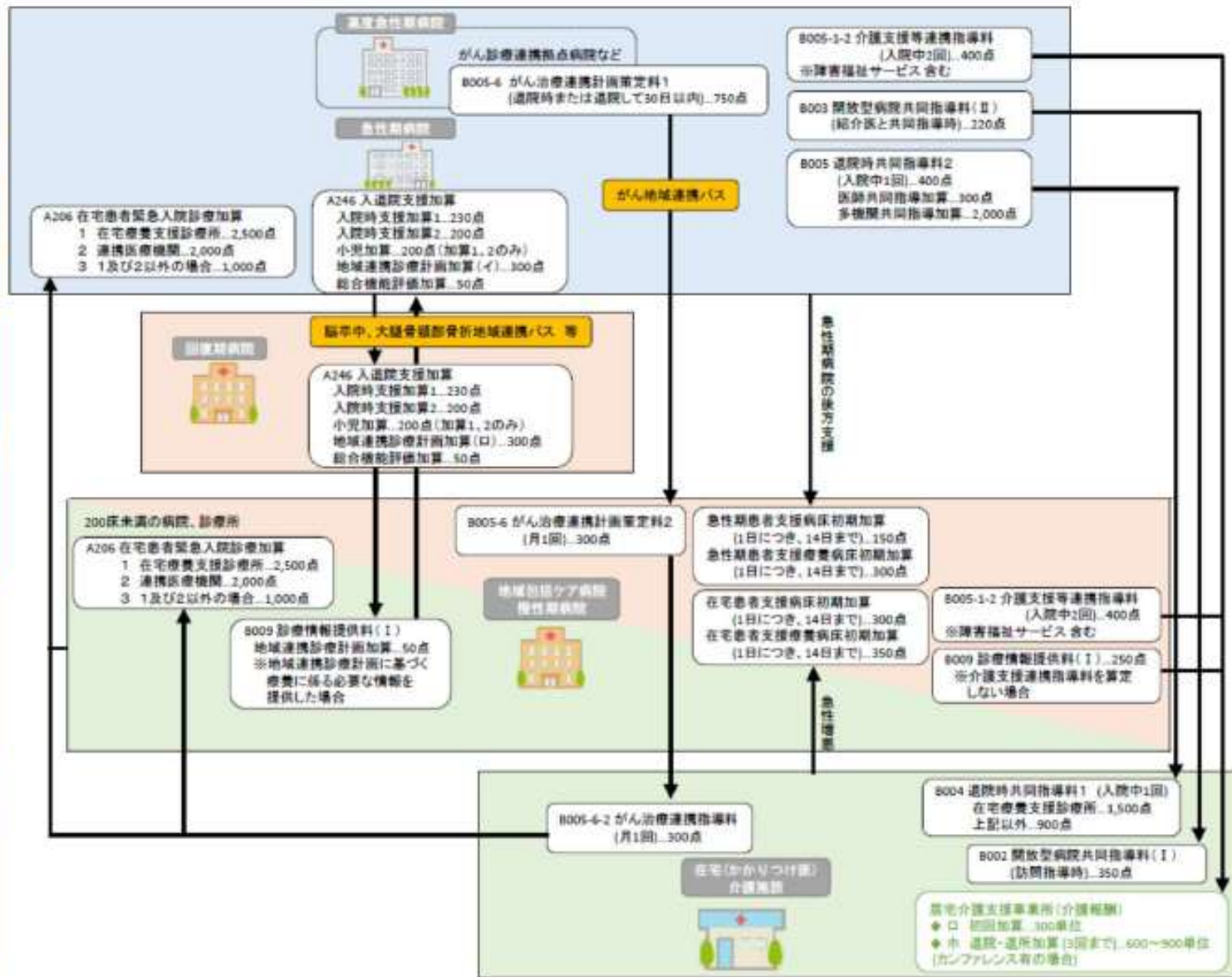
- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

# 退院時共同指導料

退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の**退院後の在宅療養を担う保険医療機関**の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、**退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関**の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と**共同して行った上で、文書により情報提供した場合**に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。 以下略

# 地域医療連携に係る主な診療報酬、介護報酬 (2020年度版)

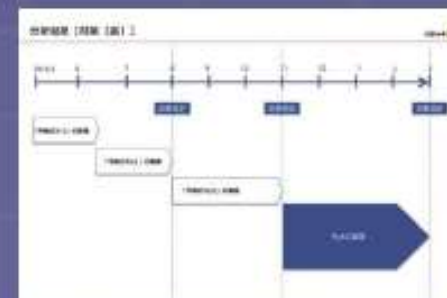
高度急性期  
急性期  
回復期  
在宅



- 【入院支援に係る主な診療報酬】**
- A246 入院支援加算1
    - イ 一般病棟入院基本料等...600点
    - ロ 療養病棟入院基本料等...1,200点
  - A246 入院支援加算2
    - イ 一般病棟入院基本料等...190点
    - ロ 療養病棟入院基本料等...625点
  - A246 入院支援加算3...1,200点
  - B006-3 退院時リハビリテーション指導料(退院日)...300点
  - B007 退院前訪問指導料 (入院中1回)...580点
  - B007-2 退院後訪問指導料 (退院後1月以内に5回まで)...580点
    - 訪問看護同行加算(退院後1回まで)...20点
  - B009 診療情報提供料(Ⅰ)...250点
    - 退院時情報添付加算...200点
    - 検査・画像情報提供加算
      - イ 退院する患者について、必要な情報を提供...200点
  - B009-2 電子的診療情報提供料...300点
- 【地域連携(外来)に係る主な診療報酬】**
- B009 診療情報提供料(Ⅰ)...250点
    - ハイリスク妊婦紹介加算...200点
    - 認知症専門医療機関紹介加算...100点
    - 認知症専門医療機関連携加算...50点
    - 精神科医連携加算...300点
    - 科友インターフェロン治療連携加算...50点
  - 歯科医療連携加算1...100点
  - 歯科医療連携加算2...200点
  - 療養情報提供加算...50点
  - 検査・画像情報提供加算
    - ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供...30点
  - B010 診療情報提供料(Ⅱ)...500点 (セカンドオピニオン)
  - B011 診療情報提供料(Ⅲ)...150点
    - 以下の患者について、紹介元へ情報提供を行った場合
      - ①地域包括診療加算等を届出している医療機関から紹介された患者
      - ②産科医療機関から紹介された妊婦している患者又は産科医療機関に紹介された妊婦している患者
      - ③地域包括診療加算等を届出している医療機関に期会された患者

# 診療報酬改定の変遷

## 医療制度改革今後の予定



# 診療報酬改定の変遷

	全体改定率	本体	薬価	診療材料
昭和63(1988)年	3.40%	5.44%	-2.04%	
平成2(1990)年	3.70%	6.40%	-2.70%	
平成4(1992)年	5.00%	7.40%	-2.40%	
平成6(1994)年	2.68%	4.80%	-2.12%	
<b>小計</b>	<b>14.78%</b>	<b>24.04%</b>	<b>-9.26%</b>	
平成8(1996)年	0.80%	3.40%	-2.60%	
平成10(1998)年	-1.30%	1.50%	-2.70%	-0.10%
平成12(2000)年	0.20%	1.90%	-1.60%	-0.10%
<b>小計</b>	<b>-0.30%</b>	<b>6.80%</b>	<b>-7.10%</b>	
平成14(2002)年	-2.70%	-1.30%	-1.30%	-0.10%
平成16(2004)年	-1.05%	0.00%	-0.89%	-0.16%
平成18(2006)年	-3.16%	-1.36%	-1.60%	-0.20%
平成20(2008)年	-0.82%	0.38%	-1.10%	-0.10%
<b>小計</b>	<b>-7.73%</b>	<b>-2.28%</b>	<b>-5.45%</b>	
平成22(2010)年	0.19%	1.55%	-1.23%	-0.13%
平成24(2012)年	0.00%	1.38%	-1.26%	-0.12%
平成26(2014)年	0.10%	0.73%	-0.58%	-0.05%
<b>小計</b>	<b>0.29%</b>	<b>3.66%</b>	<b>-3.37%</b>	
平成28(2016)年	-1.31%	0.49%	-1.69%	-0.11%
平成30(2018)年	-1.19%	0.55%	-1.65%	-0.09%
令和2(2020)年	-0.46%	0.55%	-0.99%	-0.02%
<b>小計</b>	<b>-2.96%</b>	<b>1.59%</b>	<b>-4.55%</b>	

注：平成9(1997)年4月：消費税率引き上げに伴う改定あり

# 今後のスケジュール(中長期)

	H30	R2	R3	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R12	R14	R15	R16	R18	R20	R21	R22
	2018	2020	2021	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2030	2032	2033	2034	2036	2038	2039	2040
診療報酬改定	○	○		○	○		○		○	○	○		○	○	○		○
介護報酬改定	○		○		○			○		○		○		○		○	
医療計画	○				○					○				○			

令和4年  
診療報酬改定  
に向けて

# 次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総-9-1参考2 3 . 5 . 1 2	中医協 診-1参考2 3 . 5 . 1 2	中医協 総-14 3 . 4 . 1 4	診調組 入-1参考2 3 . 4 . 2 8
-----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------

2021年

2022年

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
中医協総会				次期改定の論点等 意見の整理		次期改定に関する議論				諮問・答申・附带意見		
診療報酬改定結果検証部会			2021年度調査実施		2021年度調査総会報告							
保険医療材料専門部会		議論、業界意見聴取		議論、業界意見聴取				とりまとめ	総会報告			
薬価専門部会	議論、業界意見聴取		議論、業界意見聴取				とりまとめ	総会報告				
費用対効果評価専門部会	議論、業界意見聴取		議論、業界意見聴取				とりまとめ	総会報告				
医療技術評価分科会	技術提案書募集		提案書評価		先進医療会議とりまとめ、報告				とりまとめ	総会報告		
入院医療等の調査・評価分科会		2020年度調査報告、議論		2021年度調査実施		報告、議論		とりまとめ	総会報告			
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査		2021年度調査実施				総会報告						



# 医療機関に求められる 今後の対応



# コロナ禍でみえてきたこと

1. 医療提供機能の明確化
2. 信頼関係の構築
3. 経営における基本の重要性

# 医療機関が今後対応すべきこと

1. 人口減少社会への対応
2. 患者単価向上による効率的経営
3. 診療報酬・介護報酬に頼らない体制の確保

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)( " )</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増)</li> <li>・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増</li> </ul>
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)  ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度</li> <li>・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 6U 日程度 (パターン1の場合)</li> </ul> <p>( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約50万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合)</li> <li>( 現状投影シナリオでも繰り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )</li> </ul>
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>

出典：平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議(参考資料1-2)医療・介護の長期推計(抄)

ご清聴ありがとうございました。

伊藤哲雄

ito@iryo-soken.co.jp

伊藤哲雄

医療総研株式会社 代表取締役社長

(公益社団法人)日本医療経営コンサルタント協会 副会長

中小企業診断士/川崎医療福祉大学客員教授

